

看護職

看護補助者

# 大人のインターンシップ 体験者募集します

就職を決める前に病院・高齢者施設・訪問看護ステーションの  
職場の雰囲気を体験してみませんか

体験  
無料



百聞は一見に  
如かず！  
自分の目で  
確認できます

申込期間

令和5年7月～令和6年2月上旬（各施設の定員の上限あり）

対象者

県内の医療機関・高齢者施設・訪問看護ステーションでの就職を  
検討している方（保健師・助産師・看護師・准看護師・看護補助者）

研修機関

別紙をご覧ください

申込方法

裏面の申込書にご記入のうえ、FAXまたは郵送でお送りください

お問合せ  
申し込み

(公社)岐阜県看護協会内 岐阜県ナースセンター  
〒500-8384 岐阜市藪田南 5-14-53  
岐阜県県民ふれあい会館 第1棟5階  
TEL 058-277-1010 FAX 058-277-1011  
Email gifu@nurse-center.net





## 看護職員等就業促進研修事業 研修参加申込書

申込み年月日 令和 年 月 日

### 1. 申込者名等

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒		
TEL 携帯		FAX	
e-mail			
免許種別 等	<input type="checkbox"/> 保健師免許	<input type="checkbox"/> 看護師免許	
	<input type="checkbox"/> 助産師免許	<input type="checkbox"/> 准看護師免許	
	<input type="checkbox"/> 資格なし（補助者希望）		
今までに就業した年数	約 年 ヶ月		
仕事をしていなかった期間	約 年 ヶ月（最後に退職してから現在までの期間）		
直近の職歴(簡単に記載)	施設名・診療科等をご記入ください		
研修時のユニホームサイズ	SS・S・M・L・LL・その他（ ）		

### 2. 実習希望される施設についてご記入ください。

実習希望施設	施設名	実習希望時期
第一希望		
第二希望		

### 3. 研修内容のご希望があればご記入ください。

--

※お申し込み後、研修先の施設と日程調整をいたします。

※取得した個人情報は、研修先の施設への提供と就業相談の目的以外には利用いたしません。